

## Heimanmeldung

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

jetzige Hauptwohnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ggf. Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

### Biografische Angaben

Beruf (erlernter) \_\_\_\_\_

Beruf (zuletzt ausgeübt): \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

letzte Eheschließung am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_

### Angehörige

Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Heimanmeldung

### Betreuer bzw. Bevollmächtigter

Falls vorhanden, gerichtlich bestellter **Betreuer**: (Name, Vorname, Anschrift und Tel.-Nr.)

---

---

Falls kein Betreuer vorhanden, wurde eine gerichtliche Betreuung angeregt: ja  nein

Falls vorhanden, **Bevollmächtigter**: (Name, Vorname, Anschrift und Tel.-Nr.)

---

---

### Sozialversicherung und ärztliche Versorgung

Kranken- und Pflegekasse: (Name, Anschrift und Tel.-Nr.)

---

---

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Name, Praxisanschrift und Tel.-Nr.

Befreiung von der Zuzahlung bei Medikamenten liegt vor: ja  nein

### Einkommensverhältnisse

Monatliches Einkommen:

Altersrente: \_\_\_\_\_ €      Witwenrente: \_\_\_\_\_ €

sonstige Rente: \_\_\_\_\_ €

### Bankverbindung

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

**Heimanmeldung**

**Angaben zur Bestattungsvorsorge**

Bestattungsvorsorgevertrag vorhanden:      ja       nein

Gewähltes Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nachlassbevollmächtigter:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift, Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Unterbringungswünsche**

Einzelzimmer       Doppelzimmer       Doppelzimmer mit Option auf ein Einzelzimmer

Gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_

Diese Heimanmeldung ist unverbindlich. Alle gemachten Angaben entsprechen den Tatsachen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufnahmebewerbers bzw. seines Vertreters